

Gynäkologische Endokrinologie 2014 ·
12:115–115
DOI 10.1007/s10304-014-0633-3
Online publiziert: 13. April 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014



Deutsche Menopause Gesellschaft e.V.

Redaktion

Deutsche Menopause Gesellschaft e.V.
P. Stute, Bern
A.O. Mueck, Tübingen

Originalpublikation

Cordina-Duverger E, Truong T, Anger A et al (2013) Risk of breast cancer by type of menopausal hormone therapy: a case-control study among post-menopausal women in France. PLoS One 8:e78016. DOI 10.1371/journal.pone.0078016

Die Women's Health Initiative (WHI) zeigte für eine Östrogen-Gestagen-Therapie („estrogen and progestogen therapy“, EPT) ein erhöhtes Mammakarzinomrisiko, für eine reine Östrogen-therapie jedoch nicht [2]. Es ist unklar, ob der Negativeinfluss für alle Gestagentypen im Rahmen einer EPT gleichermaßen gilt. Die französische E3N-Studie beschrieb bisher als einzige nur für die Kombination von Östrogenen mit einem synthetischen Gestagen ein erhöhtes Mammakarzinomrisiko, nicht aber für die Kombination mit Progesteron [3].

Zusammenfassung.

Die populationsbasierte französische Fall-Kontroll-Studie CECILE untersuchte bei 1555 postmenopausalen Frauen (n=739 Fälle und n=816 Kontrollen) den Einfluss verschiedener Hormonpräparate auf das Mammakarzinomrisiko. Lediglich eine mehr als 4-jährige, derzeitige EPT war mit einem signifikant erhöhten Mammakarzinomrisiko verbunden [n=73 Fälle und n=56 Kontrollen, „odds ratio“ (OR) 1,55; 95%-Konfidenzintervall (95%-KI) 1,02–2,36], nicht aber eine frühere EPT. Aus der Gruppe der mehr als 4-jährigen, derzeitigen EPT-Anwenderinnen hatten 14 ein Kombinationspräparat mit mikronisiertem Progesteron (Kon-

P. Stute

Inselspital Bern, Schweiz

Ist das Mammakarzinomrisiko für alle Gestagene gleich?

trollen n=17) und 55 eines mit einem synthetischen Gestagen (Kontrollen n=34) erhalten. Hierbei war nur die EPT mit dem synthetischen Gestagen signifikant mit einem erhöhten Mammakarzinomrisiko verbunden (OR 2,07; 95%-KI 1,26–3,39), die EPT mit mikronisiertem Progesteron dagegen nicht (OR 0,79; 95%-KI 0,37–1,71). Wenn eine EPT innerhalb eines Jahres nach der Menopause initiiert wurde, war das Mammakarzinomrisiko höher, als wenn der EPT-Start länger als ein Jahr nach der Menopause erfolgte. Die Autoren schlussfolgern, dass eine EPT mit mikronisiertem Progesteron das Brustkrebsrisiko nicht erhöht.

Kommentar

Auf den ersten Blick untermauert die retrospektive Fall-Kontroll-Studie CECILE die Vermutung der prospektiven E3N-Studie, dass i. R. einer EPT Progesteron brustsicherer als ein synthetisches Gestagen ist. Bei genauerer Betrachtung fällt jedoch auf, dass

- die Signifikanzberechnung auf kleinen Fallzahlen beruht,
- die Prävalenz der etablierten Risikofaktoren für ein Mammakarzinom z. T. signifikant höher bei EPT-Patientinnen als bei Kontrollpersonen war (z. B. benigne Brusterkrankung in der Eigenanamnese, Mammakarzinom bei erstgradigen Verwandten) und
- die Auswahl der Kontrollpersonen auf der Verteilung des sozioökonomischen Status innerhalb der Population des teilnehmenden Départements basierte, nicht aber auf der innerhalb der „Fällegruppe“.

Somit liefert die Studie zwar ein weiteres Indiz, jedoch keinen Beweis für die Brustfreundlichkeit von Progesteron i. R. einer EPT. Interessant ist jedoch die Betrachtung des „gap“ zwischen Menopause und Start einer Hormonersatztherapie, der eine der Hypothesen des reduzierten Mammakarzinoms unter konjugierten equinen Östrogenen in der WHI ist [4].

Korrespondenzadresse

PD Dr. P. Stute

Inselspital Bern
Effingerstr. 102, 3010 Bern
Schweiz
petra.stute@insel.ch

Einhaltung der ethischen Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Stute gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Cordina-Duverger E, Truong T, Anger A et al (2013) Risk of breast cancer by type of menopausal hormone therapy: a case-control study among post-menopausal women in France. PLoS One 8:e78016. DOI 10.1371/journal.pone.0078016
2. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML et al (2013) Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials. JAMA 310:1353–1368
3. Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F (2008) Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat 107:103–111
4. Lewis-Wambi JS, Jordan VC (2009) Estrogen regulation of apoptosis: how can one hormone stimulate and inhibit? Breast Cancer Res 11:206